

TRANSTORNO BIPOLAR: REFLEXÕES SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Bipolar Disorder: reflections on the diagnosis and on the treatment

PEREIRA, L. L.
DIAS, A. C. G.
CAERAN, J.
COLLARES, L. A.
PENTEADO, R. V.

Recebimento: 17/11/2009 - Aceite: 05/03/2010

RESUMO: O Transtorno Bipolar (TB) é uma patologia psiquiátrica grave, recorrente, que se caracteriza por oscilações de humor e envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais, familiares e socioeconômicos. A literatura descreve dificuldades em vários domínios cognitivos em pacientes bipolares, podendo persistir mesmo nos períodos de eutímia. Dessa maneira, com o objetivo de aprofundar os conhecimentos e esclarecer conceitos, realizou-se uma revisão da literatura acerca das características do TB, considerando-se aspectos históricos, diagnósticos e relacionados ao tratamento. Tendo em vista que este artigo visa a proporcionar uma visão geral dos aspectos relacionados ao TB, são abordados, dentre as formas de tratamento, a farmacoterapia, os grupos de apoio, a terapia focada na família, a terapia cognitivo-comportamental, a psicoeducação e a eletroconvulsoterapia. Considera-se que, ao serem enfocados temas sobre as características do TB, julga-se ser possível contribuir para uma melhor preparação dos profissionais da saúde envolvidos, de forma que possam, também, orientar o planejamento de práticas terapêuticas, bem como orientar pacientes e familiares no conhecimento da doença e no manejo dos sintomas, propiciando melhoria em suas relações afetivas, sociais e ocupacionais.

Palavras-chave: Transtorno bipolar. Diagnóstico. Tratamento.

ABSTRACT: Bipolar disorder (BD) is a severe and recurrent psychiatric pathology, which is characterized by mood swings and involves significant neurochemical, cognitive, psychological, functional, family and socio-

economic factors. The literature describes the difficulties in several cognitive domains in bipolar patients, which may persist even during euthymic periods. Thus, in order to deepen the understanding and clarify concepts, a review of the literature about the characteristics of bipolar disorder was performed, taking into account the historical aspects, diagnosis and treatment-related. Considering that this paper aims to provide an overview of the aspects related to BD, the pharmacotherapy, support groups, family-focused therapy, cognitive-behaviorist therapy, psycho-educational and Electroconvulsive Therapy are approached as forms of treatment. The issues which are focused on the characteristics of TB are thought to contribute to a better preparation of the health professionals involved, so that they can also guide the planning of the therapeutic practices and guide the patients and families to get to know the disease and the management of the symptoms providing improvement in their affective, social and occupational relations.

Keywords: Bipolar disorders. Diagnosis. Treatment.

Introdução

O transtorno bipolar (TB) é considerado um dos mais graves tipos de transtorno mental e envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais e socioafetivos. Além disso, está associado a altos índices de mortalidade e prejuízos socioeconômicos. Desse modo, o acompanhamento por longo prazo assume papel fundamental (SUPPES; DENNEHY, 2009). De acordo com os manuais de classificação diagnóstica, o TB caracteriza-se pela ocorrência de episódios de humor alternados, os quais variam em intensidade, frequência e duração. Os episódios de humor podem variar entre episódio depressivo maior, maníaco, misto e hipomaniaco. Atualmente, define-se o TB como uma doença crônica e complexa, com acometimento gradual do cérebro e da saúde, que, em geral, atinge 1,5% da população, podendo alcançar 3 a 5%, se aceita a proposta de espectro bipolar feita por Akiskal. Essa proposta amplia a incidência da doença na população e estende os critérios diagnósticos (FREY et al., 2004; SANTIN; CERESÉR;

ROSA, 2005; ROBINSON et al., 2006; ROCCA; LAFFER, 2006).

Dentre as doenças psiquiátricas maiores que cursam com psicose, o TB é a única que permite um grau de profilaxia suficiente para manter os pacientes funcionando num nível similar à linha de base. Considerando-se a alta prevalência do TB na população e seu impacto na vida dos portadores, bem como os gastos gerados ao Sistema de Saúde, estudos que venham a colaborar com a compreensão dos mecanismos envolvidos no TB são importantes, tanto do ponto de vista clínico quanto do social. Além disso, por exemplo, o Sistema de Saúde Brasileiro pode beneficiar-se em termos de qualidade de vida para o cidadão e na prevenção de aposentadorias precoces nos portadores de TB (KAPCZINSKI; ANDREAZZA; SALVADOR, 2008).

Tendo em vista a emergência e as implicações decorrentes do TB, faz-se necessário e importante a compreensão desse transtorno. Assim, o presente trabalho busca, através de uma revisão seletiva da literatura, compreender a história da doença, sua epidemiologia, seu diagnóstico e tratamento.

Método

O presente trabalho configura-se em uma revisão seletiva da literatura acerca das características do TB. Assim sendo, inicialmente foi realizada uma revisão ampla de literatura, baseada em documentos científicos, impressos e virtuais, sobre o tema transtorno bipolar. A partir desta, foram selecionados aqueles estudos que poderiam contribuir especificamente com os objetivos deste trabalho. Buscou-se conhecer: os aspectos históricos do conceito; sua epidemiologia; fatores associados a diagnóstico, tratamento e funções executivas; por fim, discutem-se alguns aspectos relacionados à adesão ao tratamento de portadores do TB.

Aspectos Históricos e Conceituais

No que diz respeito aos termos mania e melancolia, nos séculos IV e V a.C., Hipócrates descrevia a melancolia (melan: negro; cholis: bile) como uma condição associada à aversão ao alimento, abatimento, insônia, irritabilidade e inquietude. Compreendia saúde e doença como o resultado do equilíbrio e do desequilíbrio dos quatro humores presentes no organismo (sangue, bile amarela, bile negra e fleuma). Para ele, as doenças mentais seriam fenômenos derivados de um distúrbio humoral. No século I d.C., a compreensão da doença amplia-se. Araeteus da Capadócia, ao descrever a mania e a melancolia, afirmou que esses são aspectos da mesma doença. Na Idade Média, observou-se uma regressão na compreensão da doença mental, sendo, esta, naquele momento, atribuída ao pecado e à possessão demoníaca. Como consequência, não era tratada, sendo alvo de perseguição da Santa Inquisição (ALCANTARA et al., 2003; DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).

Em 1809, Pinel caracteriza a melancolia como uma doença composta de um número

circunscrito de delírios em oposição à mania ou delírio generalizado, o qual considerava que afetava todas as faculdades da mente. Esquirol, por sua vez, reconheceu o transtorno afetivo como uma forma distinta de perturbação mental, que ele denominou *lypemanie* (perda, inibição e delírio mental), abandonando o termo melancolia por considerá-lo impróprio para uso técnico. No início do século XIX, percebe-se que, apesar da divulgação das ideias de Esquirol, a melancolia ainda era difundida como um subtipo de mania (distúrbio do intelecto, de intensidade excessiva de ideias e de natureza irreversível), sendo vista como uma variação da mania ou como um estágio evolutivo da doença, tendo como estágio final a demência. Foi somente após a adequação da descrição psicopatológica da depressão, que esse conceito pôde ser reconhecido como integrante da noção de doença maníaco-depressiva. O termo depressão derivou-se da medicina cardiovascular da época. Por referir-se à redução da função, a palavra foi aplicada aos quadros mentais de forma análoga, como depressão mental (ALCANTARA et al. 2003; DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).

No que se refere ao conceito moderno de doença bipolar, seu início deu-se na França, na metade do século XIX, quando Falret e Baillarger, de maneira independente, descreveram formas alternantes de mania e depressão (ALCANTARA et al., 2003; AKISKAL, 2005; DEL-PORTO, DEL-PORTO; 2005). No entanto, foi Emil Kraepelin que, ao final do século XIX, separou as psicoses em dois grupos (demência precoce e insanidade maníaco-depressiva). Este autor introduziu o termo “estados mistos” (1896), enfatizando a importância do quadro clínico do curso da doença e dos fatores psíquicos e sociais. Além disso, incluiu as formas leves da doença, as quais chegam ao limite do temperamento. Assim, pode-se dizer que foi Kraepelin que deu início a uma compreensão do TB, que

mais tarde foi aprimorada, chegando às concepções que temos atualmente de espectro bipolar (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005; AKISKAL, 2005). Observa-se que, somente após adequar a descrição psicopatológica da depressão, esse conceito foi reconhecido como integrante da “Psicose Maníaco-Depressiva”, como era denominado o transtorno no CID-9 até a transição para o CID-10 (ALCANTARA et al. 2003; DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).

O conceito de espectro bipolar passou a ser discutido a partir da década de 1970. Hagop Akiskal trabalhou esse conceito, propondo subdivisões do TB, descrevendo sete tipos diferentes do transtorno. Ao ser ampliado o conceito de TB, a extensão das depressões unipolares reduz significativamente (AKISKAL, 2005; DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005). Para Lima et al. (2005) a introdução do conceito de espectro do TB, ainda que precise ser melhor definida, vem ampliar significativamente estimativas, fronteiras diagnósticas e a prevalência do transtorno na população em geral, sendo a sua validação importante para que ações específicas em Saúde Pública possam ser conduzidas, visando à adequada prevenção e tratamento aos pacientes, além de ampliar o conhecimento sobre o transtorno. Contudo, apesar de importante, esse conceito ainda não foi introduzido nos sistemas de classificações diagnósticas de transtornos mentais.

Conforme critérios do **Manual** Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR (APA, 2002), os transtornos bipolares fazem parte dos transtornos do Eixo I e dividem-se em TB-I, TB-II e Transtorno Ciclotímico, além dos Transtornos do Humor Bipolar sem outra especificação – TB-SOE. No TB-I, ocorre um ou mais episódios maníacos ou mistos geralmente, seguidos por episódios depressivos maiores. No TB-II, também ocorrem episódios depressivos maiores, porém, acompanhados por, pelo

menos, um episódio hipomaníaco. Já no Transtorno Ciclotímico, são necessários, pelo menos, dois anos com numerosos períodos de sintomas depressivos que não preenchem critérios para episódio depressivo maior. Além disso, têm-se os episódios mistos, nos quais há presença de sintomas de mania/hipomania e de depressão, que se apresentam simultaneamente.

A Classificação Internacional de Transtornos Mentais Doenças e de Comportamento CID-10 (OMS, 1992) traz, atualmente, como características do TB, a ocorrência de dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente alterados, sendo, por vezes, uma elevação do humor e um aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, um rebaixamento do humor e uma redução da energia e da atividade (depressão).

O TB é reconhecido como um transtorno crônico. Compreende-se por patologia crônica aquela que é recorrente e incurável, que pode ser tratada e controlada via medicamentos e mudanças nos hábitos de vida (SUPPES; DENNEHY, 2009). O período de não manifestação ou de remissão dos sintomas bipolares de humor é identificado como período eutímico. Nesse período, espera-se que o indivíduo esteja funcionalmente ativo em sua rotina (SOUZA, 2005).

A hipomania envolve um estado de euforia; contudo, não está fora do controle, ou seja, não é um estado severo ao ponto de causar prejuízos funcionais acentuados, de necessitar de internação ou sequer apresentar sintomas psicóticos. Assim, o episódio hipomaníaco é caracterizado por alta energia, excitabilidade e sensações de euforia; contudo, ele não satisfaz os critérios diagnósticos necessários a um episódio de mania completo. Este último, por sua vez, caracteriza-se por um estado de humor elevado, expansivo ou irritável, desorganização comportamental, consumo elevado de álcool, café e cigarro,

aumento considerável do apetite, profusões de ideias, logorréia, sentimentos de grandiosidade, podendo chegar a manifestações delirantes de grandeza, redução significativa do sono, energia em alta, impulsividade no comportamento o que se apresenta bastante determinado. O portador não possui uma percepção clara de seu estado de mania; logo, é comum e esperado que ele o negue. O episódio de mania envolve perturbação severa, acarretando prejuízos ocupacionais e sociais, podendo haver sintomatologia psicótica e necessidade de hospitalizações.

Por outro lado, o humor depressivo envolve melancolia, pessimismo, desesperança, podendo, o portador do transtorno, apresentar ansiedade, irritabilidade, comportamentos e pensamentos lentificados ou agitação psicomotora, aumento ou redução do sono, sensação de fadiga e queixas somáticas, entre outras, como energia baixa, desinteresse por atividades que antes eram apreciadas, ideias suicidas e suicídio (SUPPES; DENNEHY, 2009). O período em que o portador de TB apresenta remissão dos sintomas depressivos, maníacos ou hipomaníacos é comumente definido como eutímia. No entanto, na eutímia, o indivíduo estaria sem sintomas e funcionalmente (re)integrado em suas tarefas habituais (SOUZA, 2005).

O TB costuma se apresentar, inicialmente, através da presença de sintomas depressivos que, comumente, podem ser percebidos como Transtorno Depressivo Unipolar. Entretanto, diferenciar esses dois transtornos, especialmente no que se refere à depressão bipolar e à depressão unipolar, não é uma tarefa fácil para o profissional da área da Saúde. O principal cuidado a ser adotado é a investigação cuidadosa da história familiar e da presença de episódios de mania ou hipomania na vida do paciente. No entanto, é importante ressaltar que a exclusão de episódios maníacos não é fator suficiente para identificar a depressão bipolar, visto que os sintomas maníacos

anteriores podem não ter sido relatados com precisão devido à ausência de insight do portador ou, mesmo, por dificuldades de memória durante o episódio depressivo agudo (SUPPES; DENNEHY, 2009). Atualmente, são indicados quatro fatores utilizados para validação do diagnóstico de depressão bipolar: fenomenologia, curso da doença, genética e ausência de resposta ao tratamento (GHAEMI, SAGGESE e GOODWIN, 2007).

Epidemiologia do TB

A epidemiologia moderna vem revelar que o TB é um desafio no que tange à detecção, ao tratamento e à prevenção da incapacidade (MAGALHÃES; PINHEIRO, 2009) e atinge 1,5% da população (SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005). Pesquisas epidemiológicas de base populacional têm sido realizadas nas últimas décadas, proporcionando informações valiosas sobre frequência, fatores de risco, incapacidade social e utilização de Serviços de Saúde, buscando descrever a fenomenologia do TB. Alguns dos mais reconhecidos estudos populacionais são os realizados pela Área de Captação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (ECA-NIMH), pela Pesquisa de Morbidade Psiquiátrica na Grã-Bretanha (OPCS), pelo Estudo Brasileiro Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica, pela Pesquisa Nacional de Comorbidade (NCS), e pelo estudo longitudinal de Zurique (LIMA et al., 2005).

Segundo essas pesquisas, a prevalência de TB é relativamente baixa, independente do local onde ocorreu a pesquisa, do modelo de instrumento diagnóstico utilizado e das delimitações de tempo em que se busca investigar a prevalência na população. No entanto, com a introdução do conceito de espectro bipolar, as fronteiras diagnósticas do TB foram expandidas, e as estimativas de prevalências elevaram-se para, aproximadamente, de 3 a 5% da população. Porém, essas

estimativas ainda necessitam ser validadas através de estudos populacionais. Apesar disso, considera-se importante a utilização desse conceito, pois pode gerar um maior reconhecimento do transtorno, intervenções e profilaxia (LIMA et al., 2005). No que se refere ao campo dos estudos do TB, esse conceito amplia os critérios diagnósticos, incluindo manifestações de humor que, atualmente, não se adaptam aos critérios do DSM-IV-TR (SUPPES; DENNEHY, 2009).

As pesquisas trazem, como resultado geral, que o TB tipo I apresenta igual prevalência entre homens e mulheres (MAGALHÃES; PINHEIRO, 2009; KERR-CORRÊA; TORRESAN, 2010); entretanto, esse fato não se aplica como um todo aos dados de prevalência do espectro bipolar. Estudos apontam que o curso e fenomenologia da doença variam entre os gêneros (KERR-CORRÊA; TORRESAN, 2010). Há maior ocorrência entre solteiros ou separados, não apresentando variações étnicas significativas. O TB também encontra-se associado a desemprego, hospitalização e utilização de Serviços de Saúde, com elevado custo individual, social e medicamentoso (MORENO; DIAS, 2008).

Estudos têm apontado que o período compreendido entre o final da adolescência e o começo da idade adulta é o momento no qual o transtorno costuma se manifestar, apesar de haver falta de pesquisas epidemiológicas em populações infantis e adolescentes (MAGALHÃES; PINHEIRO, 2009). No entanto, não há uma definição quanto à idade específica de início, principalmente se forem considerados problemas metodológicos e conceituais como, por exemplo: o início se dá quando ocorrem a primeira internação, os primeiros sintomas ou episódios (LIMA et al., 2005).

O TB é reconhecido como uma doença herdada, sendo importante avaliar a história familiar da doença. Suppes e Dennehy (2009)

apontam estudos atuais que definem que a frequência do transtorno é mais alta em pais e filhos dos portadores. Pode-se, portanto, afirmar que a etiologia do TB apresenta componentes genéticos e ambientais (TRAMONTINA, et al., 2009).

Diagnóstico do TB

Além das dificuldades referentes à origem da doença, o diagnóstico do TB envolve um processo de investigação e acompanhamento, sendo que o diagnóstico incorreto de depressão, por exemplo, pode atrasar a descoberta do TB (LIMA et al., 2005). Tais erros podem ter origem na vasta prevalência de comorbidades (psiquiátricas ou clínicas), já que a maioria dos pacientes é acometida pela coexistência de outra doença no transcurso da vida (GOMES; KUNZ, 2009; MAGALHÃES; PINHEIRO, 2009). Têm-se como comorbidades, mais frequentes, o grupo dos transtornos esquizoafetivos, as psicoses cicloides, as epilepsias, o transtorno de personalidade borderline, os transtornos de ansiedade como fobia social e o transtorno obsessivo-compulsivo. Estudos apontam, ainda, o abuso de substâncias e transtornos alimentares (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005; CARDOSO; KAUER-SANT'ANNA, 2009; MORENO; MORENO, 2009). Dentre os fatores que, mais frequentemente, podem confundir o clínico no diagnóstico diferencial encontram-se a desinibição, a labilidade do humor, a agitação psicomotora, os sintomas psicóticos. Para que a diferenciação seja possível, é importante levar em conta a fenomenologia do quadro clínico, o aumento da energia e a apresentação cíclica dos sintomas (MORENO; MORENO, 2009; SUPPES; DENNEHY, 2009).

A identificação do TB pode ocorrer tardiamente, como consequência de um diagnóstico e tratamento inadequados, e também como decorrência do desconhecimento por parte do

portador e de sua família. Estudos indicam que a frequência e a intensidade dos episódios depressivo, maníaco e hipomaníaco, no decorrer do tempo, tendem a acarretar prejuízos funcionais na vida do indivíduo, existindo correlação positiva entre esses prejuízos e o número de episódios ou internações. Sobre a funcionalidade, tem-se que pacientes bipolares apresentam tanto absenteísmo (dias de trabalho perdidos) quanto presenteísmo (dias de baixo rendimento no trabalho), sendo, a primeira, a função mais afetada. Isto indica a relevância de um correto diagnóstico desde as apresentações clínicas iniciais (ROCCA; LAFER, 2006; MAGALHÃES; PINHEIRO, 2009).

Tratamentos para o TB

O TB é uma manifestação clínica complexa. Dessa forma, implica um tratamento multifatorial, que envolve tanto aspectos biológicos como psicossociais. Considerando-se que este artigo visa a proporcionar um panorama do TB, serão abordadas algumas das principais formas de tratamento deste, a saber: Farmacoterapia, Grupos de Apoio, Terapia Focada na Família, Terapia Cognitivo-Comportamental, Psicoeducação e Eletroconvulsoterapia (SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005; SUPPES; DENNENY, 2009; MIRANDA-SCIPPA; QUARANTINI, 2010). Cabe ressaltar que o manejo do TB requer a utilização de diferentes técnicas, em complementaridade. Assim, o tratamento medicamentoso pode associar-se à psicoterapia, individual e em grupo, sendo que o uso de diferentes estratégias associadas pode favorecer a adesão ao tratamento como um todo.

Farmacoterapia

O TB configura-se como um transtorno mental heterogêneo, tanto em termos de classificação quanto no curso e na forma de

manifestação dos sintomas que um paciente manifestará ao longo do tempo. Da mesma maneira, o tratamento medicamentoso pode apresentar variações e, até o momento, não há uniformidade acerca do tratamento, manutenção e efeitos colaterais (LACERDA; SOARES; TOHEN, 2002).

O tratamento psicofarmacológico no TB tem a finalidade de restaurar o comportamento, controlar os sintomas agudos e prevenir a recorrência. Em relação ao medicamento a ser utilizado, dá-se preferência àqueles que apresentam maiores evidências de ação e menores riscos de efeitos desfavoráveis à saúde geral do paciente. O lítio, primeiro estabilizador de humor indicado às crises maníacas (MIRANDA-SCIPPA; QUARANTINI, 2010) ainda é considerado a primeira opção para o tratamento farmacológico das fases agudas do TB; porém, apresenta efeitos desfavoráveis (ROSA et al., 2009), principalmente problemas endócrinos e renais, além de poder estar relacionado ao comprometimento cognitivo.

Assim, o uso de diferentes fármacos associados tem sido uma prática cada vez mais frequente. O ácido valproico e a carbamazepina também são medicamentos comumente indicados, assim como outros anticonvulsivantes (lamotrigina, topiramato, gabapentina, oxycarbazepina), antipsicóticos atípicos (aripirazol, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprazidona) e antidepressivos (inibidores da monoaminooxidase – IMAO; tricíclicos; inibidores seletivos da recaptção da serotonina – ISRS) (MORENO, et al., 2004; MORENO; MORENO; RATZKE, 2005; ROSA et al., 2009; SUPPES; DENNEHY, 2009).

Existe, ainda, a possibilidade de uso de antidepressivos para o tratamento da depressão bipolar; porém, a utilização desse tipo de medicamento constitui-se em uma questão ainda polêmica. Isso se deve ao fato de que,

por um lado, podem ocasionar episódios hipomaniacos/maníacos e, por outro, existem descrições de benefícios do seu uso nos casos mais graves (LAFER; SOARES, 2005).

Grupos de Apoio

Estudos revisados por Gomes e Lafer (2007) indicam que o uso exclusivo de psicofármacos para o tratamento do TB não é suficiente para o manejo do transtorno e que a psicoterapia (individual ou em grupo) auxilia os pacientes, considerando que haveria uma continuidade entre sintomas subsindrômicos e um episódio pleno. Assim, a abordagem em grupo constitui-se em uma maneira para trabalhar a habilidade em reconhecer sinais que antecedem um episódio agudo e adquirir estratégias para lidar com eles. Tais aspectos têm sido considerados, por muitos estudos, um dos mais importantes aspectos para um bom prognóstico em TB.

Nesse sentido, a psicoterapia em grupo, assim como os grupos informativos sobre questões relacionadas ao TB têm por objetivo elevar a adesão ao tratamento, controlar e reduzir fatores de risco associados à recorrência de episódios e diminuir prejuízos psicossociais e ocupacionais oriundos do transtorno. Observa-se, também, que a intervenção em grupo auxilia, de forma significativa, na redução dos índices de hospitalização e na melhora do desempenho ocupacional dos portadores do transtorno (GRINBERG; YIN; CAMPANINI, 2010).

Além disso, através da psicoterapia de grupo, é possível o treino de habilidades sociais e de comunicação ao vivo, atendendo a uma população maior que procura por atendimento em Serviços públicos ou privados em Saúde. Desse modo, o atendimento em grupo no tratamento do TB mostra-se como uma importante alternativa para atender a uma crescente demanda (GOMES; LAFER, 2007).

Terapia Focada na Família (TFF)

A TFF consiste em uma abordagem voltada aos familiares do portador de TB, utilizada durante o tratamento, como uma maneira de diminuir o grau de estresse na família através do desenvolvimento de estratégias que permitam aos familiares lidar com a doença e com o manejo dos sintomas (MACHADO-VIEIRA; SANTIN; SOARES, 2004).

Sabe-se que o TB, enquanto doença, afeta a família, a qual volta-se para os cuidados do membro familiar que apresenta sofrimento psíquico. Uma das funções da TFF está na tentativa de reduzir os comportamentos de aversão e coersão entre paciente e familiares, visando à elaboração de diversos sentimentos, advindos de inadequações oriundas dos sintomas do transtorno, e proporcionar uma melhor adesão ao tratamento, uma vez que a família pode auxiliar o portador da bipolaridade a manter o tratamento (GRINBERG; YIN; CAMPANINI, 2010).

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Dentre as diferentes abordagens em psicoterapia para o TB, a TCC e a psicoeducação têm se mostrado uma das mais estudadas, apresentando resultados consistentes. Além dessas, intervenções como a terapia interpessoal e de ritmo social, terapia conjugal e familiar e terapia psicodinâmica também são apontadas em estudos sobre abordagens psicoterápicas no TB (KNAPP; ISOLAN, 2005).

A TCC tem sido considerada eficaz no que tange ao controle de recorrências, na redução de sintomas subsindrômicos, no número de internações hospitalares, na adesão à farmacoterapia e no manejo frente a eventos geradores de estresse. As progressivas melhoras no quadro do paciente podem ser atribuídas às características dessa abordagem, isto é, a

adoção de um modelo que integra dimensões biológica, psicológica e social, além de promover a reestruturação cognitiva do paciente (GRINBERG; YIN; CAMPANINI, 2010).

Para tanto, a TCC possui diferentes fases e utiliza o elemento educacional, visando à cooperação, através do modelo cognitivo e do ensino, quanto à identificação e análise de mudanças cognitivas que ocorrem tanto na mania quanto na depressão. Os sintomas, relacionados a esses episódios, assim como os subsindrômicos são monitorados na TCC, a partir de técnicas como o mapeamento de vida, identificação de sintomas, gráfico do humor e afetivograma. Assim, a TCC trabalha com o paciente os diversos significados que o transtorno tem para ele (NETO, 2004).

Psicoeducação

A psicoeducação é uma abordagem abrangente que possibilita ao paciente informações sobre o TB. Entre essas informações, abordam-se aspectos referentes à natureza do transtorno, às alternativas de tratamento, a compreensão sobre os fatores de risco, aos efeitos colaterais das medicações, e ao custo, e à identificação de estressores e outros estímulos que podem originar crises (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005; SANTIN; CERESÉR, ROSA, 2005; SUPPES; DENNEHY, 2009).

O principal objetivo da intervenção psicoeducativa é capacitar os portadores de TB a se apropriarem de sua doença, ou seja, compreenderem de forma teórica e prática o que lhes acontece, possibilitando, assim, que lidem de forma promissora com as consequências desta. Isso significa fornecer uma margem de compreensão sobre a complexa relação entre a doença, os sintomas, a personalidade, o ambiente interpessoal e os efeitos colaterais da medicação. Muitos pacientes partilham de dúvidas, mitos e preconceitos que os fazem negar a própria doença, o

tratamento e os recursos que lhes são oferecidos. Assim, compreender tal negação, bem como as causas biológicas da doença, constitui fator primordial nas primeiras sessões psicoeducativas (COLOM; VIETA, 2004, FIGUEIREDO, et al., 2009).

Desse modo, a psicoeducação proporciona ao paciente melhores habilidades no manejo da doença e aumenta o compromisso com seu tratamento como um todo, prevenindo recorrências. Contudo, não há, ainda, descrições na literatura a respeito de técnicas e modalidades a serem adotadas, de maneira homogênea, na intervenção psicoeducativa. Sabe-se que a abordagem se dá através de encontros estruturados, em que o número de sessões varia conforme metas pré-estabelecidas. Incluem-se, nesse processo, desde uma exposição didática sobre o transtorno, e suas características, até uma associação entre tais informações e a aprendizagem de habilidades para lidar com prejuízos e dificuldades envolvidos no TB (GRINBERG; YIN; CAMPANINI, 2010). De fato, a psicoeducação tem se mostrado uma estratégia que oferece resultados promissores, possibilitando o reconhecimento rápido de recaídas. Atualmente, é uma ferramenta profilática crucial no tratamento e manutenção do TB, de modo que os clínicos envolvidos devam estar abertos ao manejo de tal prática (COLOM; VIETA, 2004).

Colom & Vieta (2004) fazem referência ao Programa de Transtornos Bipolares de Barcelona, realizado por Colom, et al. (2003), o qual, mediante a prática da psicoeducação em grupo, demonstrou dados satisfatórios na prevenção de todos os tipos de episódio bipolares (maníacos ou hipomaníacos, mistos ou depressivos), além de aumento de tempo para nova recaída. Tal estudo estabeleceu vinte e um conteúdos a serem trabalhados nas sessões de um programa psicoeducativo com os bipolares e seus familiares, a saber: introdução; o que é o TB; fatores causais

e desencadeantes; mania e hipomania; depressão e estados mistos; curso e desfecho; estabilizadores de humor; agentes antimaniacos; antidepressivos; níveis séricos (lítio, carbamazepina e valproato); gravidez e aconselhamento genético; psicofarmacologia e terapias alternativas; riscos associados ao abandono do tratamento; álcool e drogas ilícitas; identificação precoce de episódios maníacos e hipomaniacos bipolares; identificação precoce de episódios depressivos e mistos; o que fazer frente ao surgimento de uma nova fase; regularidade do estilo de vida; técnicas de gerenciamento do estresse; técnicas de resolução de problemas; e sessão final.

Faz-se importante, também, abordar, durante as sessões psicoeducativas, questões referentes aos altos índices de recorrência associados à doença e à sua condição crônica; treinamento pessoal, de modo a auxiliar os pacientes na identificação de seus próprios sinais desencadeantes da doença e o manejo de sintomas; importância do estabelecimento de determinadas rotinas, como hábitos de sono; e espaço para desenvolver a capacidade de lidar com problemas sociais, como o estigma relacionado à doença. Outro dado importante, levantado pelo estudo, é que a psicoeducação deve ser aplicada em períodos de eutímia, pois os pacientes em estado depressivo podem apresentar uma tendência a absorver apenas os aspectos negativos da psicoeducação, acarretando dificuldades cognitivas que podem prejudicar o aprendizado desta. Já os indivíduos em estado maníaco, devido a sua distratibilidade e a outros distúrbios cognitivos, podem não reter nenhuma informação (COLOM; VIETA, 2004).

Eletroconvulsoterapia (ECT)

A ECT é uma técnica eficaz, aconselhada para casos de mania grave, episódios mistos, casos refratários (que não respondem ao tratamento clássico), casos que apresentam risco

de suicídio e, também, a estados depressivos graves. Também é indicada para os casos de mania durante o período gestacional, pois tem rápida ação e, entre uma a duas semanas, já se podem notar melhorias (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005; ROSA et al., 2009; SUPPES; DENNEHY, 2009). Durante a gravidez, a ECT é o tratamento mais indicado, visto que as medicações devem ser evitadas nessa fase, dado o risco de teratogenicidade (MIRANDA-SCIPPA; QUARANTINI, 2010).

Devido às consideráveis dificuldades para o diagnóstico e manutenção do tratamento, faz-se importante salientar as implicações negativas causadas às funções cognitivas e executivas em portadores de TB, as quais podem agravar-se na falta do tratamento adequado. Assim, as duas próximas seções se centrarão nesses aspectos.

Funções Cognitivas no TB

Um declínio cognitivo já se nota desde o primeiro episódio do TB, (ROBINSON et al., 2006) que passa a agravar-se de acordo com a frequência de episódios da doença (MARTINEZ-ARAN et al., 2004). Os mecanismos, associados aos episódios agudos, estão implicados na deterioração cognitiva e na saúde em geral desses pacientes. Assim, o TB apresenta, possivelmente, um processo degenerativo no tecido nervoso e periférico, que é episódio-dependente (KAPCZINSKI; ANDREAZZA; SALVADOR, 2008).

A presença de déficits neuropsicológicos alcança maior expressão nos estados de mania ou mistos do que nos estados de depressão bipolar. Pesquisas relatam que indivíduos, em episódio maníaco, apresentam dificuldades no controle inibitório, no processamento de informação visuo-espacial e na fluência verbal. Além disso, portadores de TB apresentam déficits em muitos processos cognitivos, mesmo após a remissão dos sintomas

(HALDANE; FRANGOU, 2005; ROCCA; LAFER, 2006). Tanto no TB-I quanto no TB-II ocorrem distúrbios na neuroquímica cerebral, podendo ser aumentados pela genética e por fatores ambientais (SUPPES; DENNEHY, 2009).

Pesquisas indicam a possibilidade de os déficits de memória, em pacientes bipolares, serem mediados por deficiência de estratégias organizacionais na codificação e na recuperação das informações, sugerindo uma relação importante das funções executivas com outros processos cognitivos (TORRES; BOUDREAU; YATHAM, 2007).

As funções executivas são processos que possibilitam ao indivíduo realizar atividades dirigidas a metas, de maneira autônoma. Essas funções resultam em comportamentos complexos que estão relacionados a outros processos cognitivos, emocionais, motivacionais e volitivos. Estudos apontam a capacidade para tomar decisões como a principal função executiva envolvida nas alterações de comportamento ao longo da vida dos portadores do TB. Tanto na mania quanto na depressão, observam-se o tempo de reação lentificado e a dificuldade na utilização de estratégias eficazes na resolução de problemas. Tais dificuldades estariam relacionadas a prejuízos na capacidade de inibição de respostas inadequadas, acarretando comportamentos impulsivos, representados por respostas imprecisas, rápidas, incongruentes com os objetivos que os pacientes desejam atingir (MALLOY-DINIZ et al., 2008; ROCCA; LAFER, 2008).

Frey et al. (2004), em um estudo de revisão, salientaram que as pesquisas com neuroimagem constataam alterações em estruturas e no funcionamento de certas regiões cerebrais de pacientes bipolares. Entre as regiões mais atingidas pelo transtorno, estão: córtex pré-frontal e temporal, cerebelo, gânglios da base e sistema límbico. Diante desses achados

sobre aspectos clínicos e neurocognitivos do TB, cabe aqui abordar a implicação que esses podem causar sobre a adesão ao tratamento.

Adesão ao Tratamento

A adesão ao tratamento faz referência ao alcance com que o indivíduo segue as recomendações dos profissionais da Saúde (SANTIN; CERESER; ROSA, 2005) valendo-se da sua autonomia individual. Devido ao fato de o TB exigir tratamento contínuo, a baixa adesão ao tratamento por parte dos pacientes configura-se como uma das maiores dificuldades terapêuticas desse transtorno. As taxas de não adesão no TB são elevadas, estimando que 47% dos portadores acabam por não aderir em alguma fase do tratamento. A adesão parcial é considerada quando o paciente segue, aproximadamente, 70% das recomendações médicas. Estudos referem que a frequência e a intensidade dos sintomas tendem, no decorrer do tempo, a causar prejuízos biopsicossociais para o indivíduo, elevando os índices de hospitalizações e suicídios (SANTIN; CERESER; ROSA, 2005; REINERS et al., 2008).

Existem vários fatores que contribuem negativamente para a adesão, a saber: subjetividade e personalidade do paciente; uso de fármacos (efeitos adversos e interações medicamentosas); ausência de sintomas; crenças e atitudes perante o tratamento; dificuldade psicológica e negação ao deparar-se com o diagnóstico do transtorno; uso abusivo de substâncias, principalmente o álcool; desconhecimento sobre a doença e sua gravidade; histórico familiar de transtornos psiquiátricos; estrutura familiar; custo elevado da medicação. Consideram-se, também, fatores relacionados ao profissional da Saúde, como sua postura, em relação à doença, e a interação com o paciente, a fim de problematizar a questão da adesão e estimular o indivíduo a prosseguir com o tratamento (SANTIN,

CERESÉR; ROSA, 2005; REINERS et al., 2008). Além disso, a capacidade decisória é comprometida quando há disfunções executivas, comuns em transtornos neuropsiquiátricos (HAASE; PINHEIRO-CHAGAS; ROTHE-NEVES, 2007).

Discussão

Percebe-se, pelo exposto, que as questões sobre transtornos de humor são levantadas por Hipócrates desde os séculos IV e V a.C., chegando, no entanto, ao seu ápice, no fim do século XIX, com Kraepelin. Já a partir do fim do século XX, com o conceito de espectro bipolar, proposto por Akiskal, ampliam-se as possibilidades diagnósticas do referido transtorno. Mesmo que ainda necessite de maiores pesquisas, pode-se inferir que o conceito de espectro oferece melhores possibilidades diagnósticas. Tal consideração deve-se ao fato de que, de modo geral, até o presente momento, existem muitas dificuldades no diagnóstico desse transtorno, sendo esse muitas vezes subdiagnosticado.

Outra característica essencial que faz parte do prognóstico do TB é o declínio cognitivo que alcança maior expressão pelo acontecimento de episódios maníacos ou mistos. Além disso, as funções executivas, responsáveis pela tomada de decisão e controle das demais funções cognitivas, são abaladas nesse transtorno. Desse modo, quanto maior a demora diagnóstica, maiores as implicações cognitivas. Com isso, entende-se que as dificuldades relacionadas às funções executivas possam estar relacionadas ao nível de adesão ao tratamento, pois a capacidade decisória é comprometida quando há disfunções executivas, comuns em transtornos neuropsiquiátricos (HAASE; PINHEIRO-CHAGAS; ROTHE-NEVES, 2007). Nesse sentido, faz-se necessário considerar as dificuldades relacionadas ao envolvimento do paciente

na manutenção do tratamento, mesmo na ausência dos sintomas evidentes. Cabe lembrar que esse transtorno mental apresenta, como algumas de suas características, a impulsividade e dificuldade em aderir ao tratamento.

Além disso, a decisão de dar continuidade a um tratamento, por parte do paciente, implica ter conhecimento sobre o seu processo de adoecimento e sobre as possibilidades de melhora e de benefícios que o tratamento pode trazer para sua vida. Desse modo, considera-se que a possibilidade de prejuízos cognitivos pode ter importante relação com a dificuldade em aderir ao tratamento no TB. Sendo assim, além do tratamento medicamentoso, salienta-se a contribuição da terapia cognitivo-comportamental (TCC), da psicoeducação e da terapia focada na família, de modo a fornecer um suporte psicológico para o portador, essencial em qualquer caso de adoecimento.

É necessário salientar que o sucesso das intervenções psicológicas é viabilizado pelo entendimento claro da doença, pela capacidade de lidar com estigmatização, pela melhora da adesão ao tratamento, da capacitação tanto do paciente quanto da família em identificar sinais de uma recaída, pela possibilidade de promoção de hábitos saudáveis e regulares de vida, de modo a melhor enfrentar a doença (COLOM; VIETA, 2004). Desse modo, a existência de uma equipe multidisciplinar no tratamento do TB é de fundamental importância, pois possibilita, através de uma relação empática entre técnicos, pacientes e familiares, a criação de um vínculo terapêutico, de um diagnóstico multiaxial e de um plano de ação. (MACHADO-VIEIRA; SANTIN; SOARES, 2004).

Tendo em vista a emergência e a gravidade do TB, uma vez que envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais e socioafetivos, dificuldades diagnósticas, e dificuldade de adesão, faz-se

necessário atentar para a importância de todas as características abordadas, bem como para a necessidade de pesquisas sobre o assunto.

Considerações Finais

De acordo com os aspectos abordados, a existência de declínios nas funções cognitivas e também nas funções executivas tende a agravar-se com o passar do tempo e com a frequência em que se manifestam os episódios do TB. Tal prejuízo cognitivo, presente mesmo nas fases de remissão, afeta a capacidade de autonomia do paciente, sendo uma das principais causas que influem negativamente na adesão ao tratamento.

Desse modo, entende-se que as abordagens psicossociais contribuem não somente com a adesão ao tratamento farmacológico, mas também com a diminuição de recorrências; com a redução do estresse vital; com a identificação de sintomas precoces; com a aceitação da doença; com a mudança no estilo de vida, de modo a prevenir o surgimento de novos episódios; com o aumento na capacidade do paciente em lidar com conflitos; e com a promoção de conhecimento sobre a doença (MACHADO-VIEIRA; SANTIN; SOARES,

2004). Assim, no que tange ao diagnóstico, ao tratamento e à adesão a esse, a aliança terapêutica assume papel fundamental, através de um bom relacionamento entre profissionais da Equipe de Saúde Mental, portador e familiares. Esse elo propiciará a construção de uma rede de apoio ao paciente que, pela psicoeducação, poderá melhor compreender o processo terapêutico e então aderir ao tratamento indicado de maneira efetiva (NETO, 2004; DEL-PORTO, VERSIANI, 2005; MORENO, MORENO, RATZKE, 2005).

Além disso, a adequada profilaxia dos possíveis danos causados aos portadores, advindos das alternâncias dos episódios de humor do TB, requer a elucidação dos mecanismos responsáveis por esses declínios, sendo, eles, de ordem cognitiva, funcional, afetiva e social. Assim, ao considerar-se as taxas de prevalência do TB na população e seus impactos na vida dos portadores e seus familiares, bem como os gastos gerados ao Sistema de Saúde, estudos que venham a colaborar para um entendimento mais lúcido sobre os mecanismos envolvidos no TB são de grande importância tanto do ponto de vista clínico, ocupacional e emocional do portador quanto do ponto de vista social.

AUTORES

Lilian Lopes Pereira - Mestranda do programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: llpereira@terra.com.br

Ana Cristina Garcia Dias - Pós-doutoranda, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Psicologia USP/SP. Professora do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria.

Juliane Caeran - Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria.

Lucas de Abreu Collares - Acadêmico do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria.

Raquel de Vargas Penteadó - Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano.

REFERÊNCIAS

- AKISKAL, H. S. L'émergence des troubles bipolaires. **L'Information Psychiatrique**. v. 81, p. 857-61, 2005.
- ALCANTARA, I., et al. Avanços no diagnóstico do Transtorno do Humor Bipolar. **R. Psiquiatr. RS**. v. 25, n. 1, p. 22-32, 2003.
- APA. Associação Psiquiátrica Americana. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR**. 4 ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CARDOSO, B. M.; KAUER-SANT'ANNA, M. **Co-morbidades psiquiátricas no transtorno bipolar**. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (Orgs.). **Transtorno Bipolar: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 217-27.
- COLOM, F.; VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v. 26, s. III, p. 47-50, 2004.
- DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K. O. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 32, n. 1, p. 7-14, 2005.
- FIGUEIREDO, Â. L., et al. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn**. v. XI, n. 1, p. 15-24.
- FREY, B. N., et al. Anormalidades neuropatológicas e neuroquímicas no transtorno afetivo bipolar. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 26, n. 3, p. 180-8, 2004.
- GHAEMI, S. N.; SAGGESE, J.; GOODWIN, F. K. **Diagnóstico da depressão bipolar**. In: GHAEMI, S. N. **Depressão Bipolar: um guia abrangente**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p.3-36.
- GOMES, B. C.; LAFER, B. Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 34, n. 2, p.84-89, 2007.
- GOMES, F. A.; KUNZ, M. **Co-morbidades clínicas no transtorno bipolar**. In: KAPCZINSKI, F. QUEVEDO, J. (Orgs.). **Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 228-40.
- GRINBERG, L. P.; YIN, M. L. Y.; CAMPANINI, R. F. B. Abordagens psicossociais no tratamento do transtorno bipolar. In: DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K.O.; GRINBERG, L. P. **Transtorno Bipolar: Fenomenologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2010, p. 621-653.
- HALDANE, M.; FRANGOU, S. Maudsley Bipolar Project: insights sobre o papel do córtex pré-frontal em pacientes com transtorno de humor bipolar tipo I. **Rev Psiquiatr RS**. v. 27, n. 3, p. 241-50, 2005.
- HAASE, V. G.; PINHEIRO-CHAGAS, P.; ROTHE-NEVES, R. Neuropsicologia e autonomia decisória: Implicações para o consentimento informado. **Revista Bioética**. v. 15 n. 1, p. 117-132, 2007.
- KAPCZINSKI, F.; ANDREAZZA, A. C.; SALVADOR, M. **Mediadores do déficit cognitivo e comorbidades clínicas no transtorno bipolar**: análise de marcadores periféricos de estresse oxidativo, dano ao DNA e apoptose. Porto Alegre: UFRGS, 2008.
- KERR-CORRÊA, F.; TORRESAN, R. C. Transtorno bipolar e gênero. In: DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K.O.; GRINBERG, L. P. **Transtorno Bipolar: Fenomenologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2010, p. 549-594 .

- KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no TB. **Rev. Psiq. Clín.** v. 32, s. 1, p. 98-104, 2005.
- LACERDA, A. L. T.; SOARES, J. C.; TOHEN, M. O papel dos antipsicóticos atípicos no tratamento do transtorno bipolar: revisão da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 24, n. 1, p. 34-43, 2002.
- LAFER, B.; SOARES, M. B. M. Tratamento da depressão bipolar. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 32, s. 1, p. 49-55, 2005.
- LIMA, M. S., et al. Epidemiologia do transtorno bipolar. **Rev Psiq Clín.** v. 32, n. 1, p. 15-20. 2005.
- MACHADO-VIEIRA, R.; SANTIN, A.; SOARES, J. C. O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 26, s. III, p. 51-53, 2004.
- MAGALHÃES, P. V. S.; PINHEIRO, R. T. **Epidemiologia do transtorno bipolar.** In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (Orgs.). *Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 17-27.
- MALLOY-DINIZ, L. F., et al. **Neuropsicologia das funções executivas.** In: FUENTES, D.; MALLOY-DINIZ, L.; CAMARGO, C. H. P.; CONSENZA, R. M. (Orgs.). *Neuropsicologia: teoria e prática.* Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 187-206.
- MARTÍNEZ-ARÁN, A., et al. **Cognitive Function Across Manic or Hypomanic, Depressed, and Euthymic States in Bipolar Disorder.** **Am J Psychiatry.** v. 161, p. 2, 2004.
- MORENO, D.H.; DIAS, R.S. Epidemiologia. In: MORENO, R.A.; MOERNO, D.H. (Orgs.) **Da psicose maniaco-depressiva ao espectro bipolar.** 3. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2008, p. 123-146.
- MORENO, R. A; MORENO, D. H. **Mania.** In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (Orgs.). *Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 128-44.
- MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica.** v. 32. n. 1, p. 39-48, 2005.
- MORENO, R. A., et al. Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento do transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 26, s. III, p. 37-43, 2004.
- NETO, F. L. Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 26, s. III, p. 44-6, 2004.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- REINERS, A. A. O., et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 13, s. 12, p. 2299-2306, 2008.
- ROBINSON, L. J., et al. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. **J Affect Disord.** v. 93, n. 1-3, p. 105-15, 2006.
- ROCCA, C. C. A.; LAFER, B. **Neuropsicologia do Transtorno Bipolar.** In: FUENTES, D.; MALLOY-DINIZ, L.; CAMARGO, C. H.; CONSENZA, R. M. (Orgs.). *Neuropsicologia: teoria e prática.* Porto Alegre: Artmed, 2008, p.265-76.
- ROCCA, C. C. A.; LAFER, B. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** v. 28, n. 3, p. 226-37, 2006.
- ROSA, A. R., et al. **Tratamento farmacológico do transtorno bipolar.** In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (Orgs.). *Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 241-66.

SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 32, n. 1, p. 105-9, 2005.

SOUZA, F. G. M. Tratamento do transtorno bipolar – Eutímia. **Rev. Psiq. Clín.** v. 32, n. 1; p. 63-70, 2005.

SUPPES, T.; DENNEHY, E.B. **Transtorno Bipolar**. Marina Fodra (Trans.). Porto Alegre: Artmed, 2009.

TORRES, I. J.; BOUDREAU, V. G.; YATHAM, L. N. Neurophysiological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. **Acta Psychiatr Scand**. v. 116, n. 434, p.17-26, 2007.

TRAMONTINA, J. F., et al. **Genética e Transtorno Bipolar**. In: KAPCZINSKI, F. QUEVEDO, J. (Orgs.). **Transtorno Bipolar: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 61-73.